

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

RECEIVED
2020 MAR 11 5:45
CLERK'S OFFICE
DISTRICT COURT

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Carmen M Rivera Figueroa	167292	7/3/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Carmen M Rivera Figueroa	167292	7/3/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Corrección y Rehabilitación

17 de enero de 2019

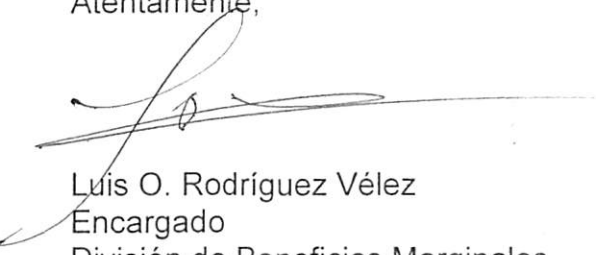
Carmen Rivera Figueroa
HC 04 Box 22021
Juana Díaz, Puerto Rico 00795

El 17 de enero de 2019, fue tramitada a la Administración de los Sistemas de Retiro su Solicitud de:

_____	Reembolso de Aportaciones
_____	Servicios NO Cotizados
_____	Estado de Cuenta
_____	Solicitud de Pensión por Incapacidad
X	Pensión por Edad y Años de Servicio
_____	Pensión por Mérito
_____	Transferencia de Aportaciones
_____	Solicitud de Beneficio por Muerte
_____	Solicitud de Anualidad

Para saber el status de su solicitud, debe comunicarse a la Administración de los Sistemas de Retiro al (787) 777-1500.

Atentamente,


Luis O. Rodríguez Vélez
Encargado
División de Beneficios Marginales
Oficina de Recursos Humanos



ASR-DI-018
Rev. Sep. 09



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA
P O BOX 42003 SAN JUAN PUERTO RICO 00940-2203

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD

- ☐ Ley 305 Participantes del Programa de Cuenta de Ahorro para el Retiro (Reforma 2000)
☐ Incapacidad no ocupacional
☐ Incapacidad ocupacional - Ley 447
☐ Incapacidad ocupacional - Ley 127

Núm.
Solicitud

Retrato de
2 X 2

Nombre completo (como aparece en la nómina)		Seguro Social		Sexo	
Carmen M. Rivera Figueroa				<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Estado civil		Teléfonos			
<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		787-512-1500 787-951-9417 787-951-9412			
Dirección E-Mail		Trabajo		Residencial	
Dirección Postal		Dirección Residencial			
Puesto que ocupa		Ultimo sueldo mensual		Años de servicio en gobierno	
Oficial Ser. Juveniles I				21 años	
Agencia y pueblo donde trabaja					
Adm. Inst. Juveniles - Ponce City of P.R.					
¿Préstamos con el Sistema de Retiro?			¿Ha cotizado en otro Sistema de Retiro?		
Hipotecario <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No Indique cual		
Viaje cultural <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			¿Recibe otra pensión como beneficiario por alguna ley especial?		
Préstamo personal <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No Indique cual		
Naturaleza del padecimiento que le incapacita					
Incapacidad orgánica - E implante de metal en mano izquierda - ya que soy diestra.					
Indique si ha radicado alguna reclamación en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado					
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI					
Número asignado por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado		Número asignado por la Comisión Industrial		Fecha del accidente (mes/día/año)	
Descripción del accidente					
Caída en mi casa - habiendome fracturado radio antebrazo izquierdo - Se me implanta puente de metal en la mano					
Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones					
No puedo ejercer mis funciones ya que no recobro capacidad completa en la mano izquierda y la naturaleza de mi trabajo exige capacidad en su totalidad. - Los estudios indican incapacidad en hombro izquierdo y fractura de la espina baja y alta.					

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

ASR-DI-018
Rev. Sep. 09

INFORMACION SOBRE SU HISTORIAL MEDICO

Provea el nombre, dirección y teléfono del médico que está atendiendo su condición actualmente

Nombre: Dr. Benios Teléfono: 782-832-2555
Especialidad: _____ Días y horas de Oficina: LAS - SALA 4184
Dirección: Calle Degetau # 41 Juana Díaz PR, 00705
Tratamiento: Med. cabeza

Otros médicos que atienden su condición

Nombre: Dr. Rahim Saleh Vega Teléfono: _____
Dirección: Centro Comercial Urb. La Fe SD.
Tratamiento: Med. interna - Med. cabeza

Nombre: Dr. Rafael Sieneris Ortiz Teléfono: 782-8407333
Dirección: Torre Med. Hosp. San Lucas Ponce
Oficina 507 Ponce PR. 00716
Tratamiento: Operación - para implante de
Metálica mano izquierda y ortopedia.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

Indique si ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición

☐ No ☐ Sí (Favor de someter copia de récord médico y/o resúmenes de alta.)

	1	2	3
Hospital:	<u>Hosp. San Lucas</u>		
Dirección:	<u>Avenida Tito Castro Ponce</u>		
Indique las fechas:	<u>DIC 19-2012</u>		
Motivo:	<u>Operación</u>		
Tratamiento y medicamentos:	<u>inmovilización en el brazo</u> <u>tramadol ultracet 375.</u> <u>bticodone w A. - Percoset 30m.</u>		

Indique si se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición

☐ No ☒ Sí Indique cuáles:

1. cbc 3. _____
2. Placas PR 4. _____